

医疗付款方式:

住院病案首页

第 1 次住院

姓名: [REDACTED] 性别: 1. 男 2. 女 出生日期: [REDACTED] 岁

出生地: [REDACTED] 身份证号: [REDACTED] 其他: [REDACTED]

现住址: [REDACTED] 户口地址: [REDACTED]

工作单位及职业: [REDACTED] 7294

联系人姓名: [REDACTED] 入院途径: [REDACTED]

入院时间: [REDACTED] 出院时间: [REDACTED]

门(急)诊诊断: 宫颈癌(术后化疗后)

入院诊断: 1. (低级别浆液性)宫颈癌(Ia1期术后化疗后)

出院诊断	疾病编码	入院病种	出院诊断	疾病编码	入院病种
主要诊断: 宫颈鳞状细胞癌(低级别浆液性)	C79.011	3	其他诊断: 双侧多发微小结节	91.400x002	3
其他诊断: 小脑髓质海绵状变性	C78.400	3	三尖瓣反流	I36.100	3
恶性胸腺瘤	251.103	4			
(低级别浆液性)宫颈癌(Ia1期术后化疗)	C56.x00	1			
先天性耳聋	950.501	1			
(颈部)甲状腺切除术	290.800	1			
结肠憩室内切除术	287.100x001	1			
中度贫血	264.902	3			
咳嗽(特亚)	805.x00	2			
糖尿病(?)	E14.900x00	2			
(中度)盆腔粘连	873.602	3			
肠粘连	886.002	3			

入院病种: [REDACTED]

损伤、中毒: [REDACTED]

病理诊断: [REDACTED]

病理号: [REDACTED]

药物过敏: [REDACTED]

血型: [REDACTED]

科主任: [REDACTED]

责任护士: [REDACTED]

病案号: [REDACTED]

A-ST-01-201306



河北省人民医院

授权委托书

上
因
授
被
上

[Redacted]

被授权人二：_____ 性别_____ 年龄_____ 联系电话：_____

与患者关系：配偶 子女 父母 其他近亲属 同事 朋友 其他

被授权人三：_____ 性别_____ 年龄_____ 联系电话：_____

与患者关系：配偶 子女 父母 其他近亲属 同事 朋友 其他

患者或被授权人填写：

本人于 2022 年 08 月 10 日因病住院。本人在住院期间，有关病情的告知以及在诊断治疗过程中需要签署的一切知情同意书，本人郑重授权委托以上人员作为我的代理人，代为行使住院期间的知情同意权利，并履行相应的签字手续，全权代表本人签字，被授权人任何一人的签字都可视为本人的签字。

授
被授

[Redacted]

被授权人二签名：_____ 年_____月_____日_____时_____分

被授权人三签名：_____ 年_____月_____日_____时_____分

